UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1964 N° 85

Contribution à l'étude des INDICATIONS OPERATOIRES DANS LES ECHECS DE LA MYOTOMIE DE HELLER POUR MEGAŒSOPHAGE ESSENTIEL

Travail de la Clinique Chirurgicale et du Cancer
(Professeur Marcel GRIMOUD)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Septembre 1964

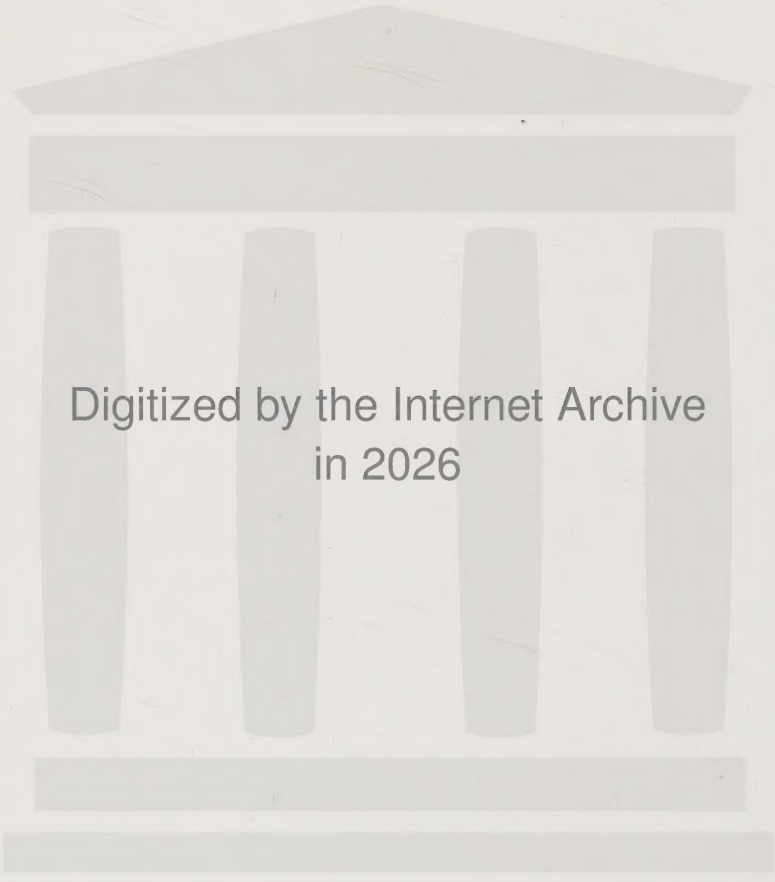
PAR

Jean ESCAT

JURY

Membres du Jury	MM. GRIMOUD	*Président*
	LAZORTHES	*Assesseurs*
	VIRENQUE	
	GADRAT	
	DELAUDE	
	ESPAGNO J.	*Suppléant*

Publicité SIRVEN
Imprimeur
23, allée Marengo
TOULOUSE


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547605_0005

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1964 — N° 85

Contribution à l'étude des INDICATIONS OPERATOIRES DANS LES ECHECS DE LA MYOTOMIE DE HELLER POUR MEGAŒSOPHAGE ESSENTIEL

Travail de la Clinique Chirurgicale et du Cancer
(Professeur Marcel GRIMOUD)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Septembre 1964

PAR

Jean ESCAT

JURY

Membres du Jury	MM. GRIMOUD	*Président*
	LAZORTHES, VIRENQUE, GADRAT, DELAUDE	*Assesseurs*
	ESPAGNO J.	*Suppléant*

Publicité SIRVEN
Imprimeur
23, allée Marengo
TOULOUSE

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

UNIVERSITE DE TOULOUSE
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN ..... M. LAZORTHES.
1er ASSESSEUR ..... BLANC.
2e ASSESSEUR ..... SOREL.
Doyens honoraires ..... MM. GORSE, CALVET, LEFEBVRE, BRUSTIER.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RIBAUT, VALLOIS, TAPIE, DELAS, RISER, BOUNHOURE.

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. MÉRIEL.	Anatomie.	N...
Clinique médicale	GADRAT.	Accouchement et obstétricie sociale	MM. PONTONNIER.
Clinique chirurgicale et gynécologie	FABRE. (P.)	Anatomie	LAZORTHES.
		Anatomie appliquée	POULHES.
Clinique chirurgicale et du Cancer	GRIMGUD.	Anatomie pathologique	FABRE (J.).
Clinique chirurgicale et infantile et orthopédie	VIRENQUE.	Bactériologie, hygiène et médecine sociale	ANDRIEU.
		Chimie biologique	VALDIGUIÉ.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BAZEX.	Electro-radiologie	MARQUÈS.
		Embryologie générale	BROUSSY (J.).
Clinique des maladies de la tuberculose et pathologie interne	MOREL.	Histologie	BIMES.
		Hydrologie thérapeutique et climatologie	DARNAUD.
Clinique des maladies des voies urinaires	LHEZ.	Médecine légale et médecine du travail	PLANQUES.
Clinique médicale et puériculture	SOREL.	Médecine sociale	N...
		Parasitologie	BOUISSET.
Clinique médicale de la première Enfance.....	BARDIER.	Pathologie chirurgicale	DAMBRIN.
Clinique de neuro-chirurgie.	LAZORTHES.	Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Clinique neurologique et psychiatrique	GÉRAUD.	Physico-Chimie	AUVERGNAT.
Clinique obstétricale	GUILHEM.	Physiologie	LAPORTE (Y.).
Clinique odonto - stomatologique	CADENAT.	Physiologie appliquée et pharmacologie	BAISSET.
Clinique ophtalmologique	CALMETTES.	Physique biologique et médicale	N...
Clinique O.R.L. et chirurgie maxillo-faciale	CALVET.	Propédeutique médicale	LAPORTE (J.).
		Rhumatologie	RUFFIÉ (R.).
Clinique traumatologique des membres	RIEUNAU.	Thérapeutique	DARDENNE.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée.	M. COULOUMA.	Médecine générale.....	MM. MONNIER.
		Oto-Rhino-Laryngologie. . ..	CLAUX.
Bactériologie.	Mme ENJALBERT.	Pathologie médicale.....	BOULARD.
Biochimie médicale.....	M. DOUSTE-BLAZY	Pathologie chirurgicale.....	LAGROT.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Histologie et Embryologie..	MM. PLANEL.	Physiologie.	MM. MONTASTRUC.
Ophtalmologie.	DEODATI.	Physique médicale.....	BRU.
Parasitologie.	RUFFIÉ (J.).		

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie.	MM. BASTIDE.	Electroradiologie.	PONS.
Anatomie pathologique.....	BOUISSOU.	Hématologie.	MM. DUCOS.
Anesthésiologie.	LARENG.	Histologie et embryologie..	GUILHEM (A.)
Carcinologie.	ESTRADE.	Maladies infectieuses.....	ARMENGAUD.
Chirurgie générale.....	ENJALBERT.	Pathologie expérimentale....	GLEIZES.
»	GÉDÉON.	Physiologie.	BESSOU.
»	SOUQUET.	Physique médicale.....	COMMANAY.
»	SARRAZIN.	Pneumo-phtisiologie.	MIGUÈRES.

AGREGES

Médecine générale.....	MM. RIBAUT.	Chirurgie générale.....	MM. GAUBERT.
»	CALAZEL.	Dermatologie et syphiligraphie.	DUPRÉ.
»	RASCOL.		
»	LE TALLEC.	Hydrologie.	DENARD.
»	RIBET.	Médecine légale.	GRÈZES-RUEFF.
Chirurgie générale.....	ENJALBERT.	Neurochirurgie.	ESPAGNO (J.).
»	FICAT.	Neurologie et psychiatrie..	GAYRAL.
»	PASQUIÉ.	Obstétrique.	ESPAGNO (G.).
»	SOUQUET.	Ophtalmologie.	BEC.
»	SARRAZIN.	Pneumo-phtisiologie.	DELAUDE.

AGREGES LIBRES

Anatomie	MM. THOMAS.	Pathologie chirurgicale	DIEULAFÉ.

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et Cryptogamie ..	Mme DULUC-MATHOU.	Matière médicale	MM. VINCENT.
Chimie Analytique, Toxicologie et Hygiène industrielle	MM. BOURBON.	Pharmacie chimique et pharmacodynamie	CAUJOLLE.
		Pharmacie galénique	STANISLAS.
Chimie pharmaceutique	BLANC.	Zoologie	M. ROUX.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Botanique.	MM. ROQUES.	Sciences naturelles.....	Mme CAUJOLLE.
Pharmacie.	COUTURIER.		

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Microbiologie.	M. BREUILLAUD.	Sciences physiques.....	M. PITET.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Toxicologie . .. . M. BROUSSY (G.).

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal	M. ROCHE.	Secrétaire	M. BERRUT.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891)

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE,
ÉTIENNE ESCAT

A MON PÈRE, MAURICE ESCAT

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE JURY DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL GRIMOUD

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET DU CANCER
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Toute ma formation chirurgicale, je la dois à l'enseignement exceptionnel que vous m'avez prodigué, et aucun mot ne peut être à la mesure de ma reconnaissance.

Je vous remercie, Monsieur, et je me permets de vous assurer de mon affection très respectueuse.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE DOYEN GUY LAZORTHES

PROFESSEUR DE CLINIQUE DE NEURO-CHIRURGIE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE
NEURO-CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Malgré l'étendue de vos très hautes fonctions, vous m'avez toujours accueilli avec bienveillance et guidé de vos conseils. Vous m'avez fait l'honneur de m'accepter parmi vos élèves et c'est un titre dont je tire une grande fierté.

Que ma reconnaissante admiration et mon profond attachement soient les témoignages de tout ce que je vous dois.

MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUES VIRENQUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Vous m'avez aidé avec une grande patience dans ma préparation à l'Internat, vous m'avez accepté durant une année dans votre service et m'avez permis de profiter de votre immense expérience.

Je vous en remercie et je voudrais vous exprimer non seulement ma gratitude d'élève, mais aussi mon affectueux attachement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUES GADRAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
MÉDECIN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

L'image du très grand clinicien que vous m'avez donnée restera toujours pour moi un exemple.

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, soyez assuré de mes remerciements très respectueux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRÉ DELAUDE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ
MÉDECIN DES HÔPITAUX

Les liens qui nous unissent n'ont jamais cessé de se resserrer et c'est pour moi une grande joie de vous compter parmi mes juges.

MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUES ESPAGNO

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

Je vous prie d'accepter le témoignage de ma respectueuse amitié.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RUDLER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LORTAT-JACOB

A MONSIEUR LE DOCTEUR HEPP

qui m'ont aidé de leurs conseils.
En témoignage de très profond respect.

A MES MAITRES
ET A MES AMIS DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A JEAN-CHARLES GAVALDA

INTRODUCTION

La thérapeutique du mégaœsophage a soulevé de nombreuses controverses et suscité de longues discussions. Il n'est pour s'en convaincre que de rappeler brièvement les moyens si variés qui lui furent opposés avec des fortunes diverses.

— Dilatations instrumentales à l'actif desquelles s'inscrivent de nombreux succès dans les formes mineures, sous condition d'une patience suffisante du malade et de l'endoscopiste.

— Splanchnicectomie visant à corriger la dysharmonie musculo-sphinctérienne par une action sur l'innervation fonctionnelle.

— Actes chirurgicaux directs plus ou moins complexes sur le cardia, depuis la cardioplastie jusqu'aux anastomoses œsogastriques avec ou sans résection, dont la gravité propre s'accorde mal avec une affection bénigne par sa nature.

— Enfin, œsophago-cardio-myotomie extra-muqueuse de Heller dont le rapport de Deloyers et Loygue au Congrès de Chirurgie de 1956 a consacré la valeur.

Une telle diversité de moyens, défendus les uns et les autres par leurs partisans, ne manquerait pas de placer l'observateur dans une grande perplexité s'il n'avait la certitude que l'opération de HELLER, *correctement exécutée*, nous soulignons ce point, représente à l'heure actuelle, au prix d'une intervention bénigne, une arme efficace par le nombre et la qualité des guérisons qu'elle procure.

Est-ce à dire que le traitement chirurgical du mégaœsophage ne pose désormais plus de problème ? Une constatation s'impose, que tous les chirurgiens s'accordent à faire, c'est que l'opération de HELLER connaît, elle aussi, des échecs.

La fréquence de ces échecs est d'ailleurs difficile à apprécier de façon exacte parce qu'entre l'échec total et la guérison parfaite existent des résultats moyens que certains groupent parmi les succès, d'autres parmi les échecs. Ce qui est certain, c'est qu'elle est loin d'être négligeable, et quelques-unes des plus importantes statistiques le prouvent. DELOYERS et LOYGUE (6) sur 318 cas opérés depuis plus de trois ans dénombraient 8 % d'échecs. SANTY, MICHAUD et LATREILLE (29), en 1956, présentaient 168 malades opérés, 6 morts et 7,5 % d'échecs. GOUTALLIER (15) dans la statistique du Pr LORTAT-JACOB compte 82 % de résultats favorables à distance. L'intervention de HELLER connaît donc approximativement entre 7 % et 15 % d'échecs.

Tous ces mauvais résultats, lorsqu'ils occasionnent des troubles importants imposent le recours à la chirurgie.

Mais quel type de réintervention pratiquer ? Voilà la

question qui se pose actuellement et qui a ouvert à nouveau la discussion, opposant sur un nouveau terrain les techniques proposées autrefois comme traitement initial du mégaœsophage. Et ce problème est complexe car il y a plusieurs causes d'échecs de l'opération de Heller qui imposent pratiquement chacune une attitude chirurgicale particulière. L'intervention initiale peut avoir été insuffisante et une nouvelle myotomie est indiquée ; une réaction scléreuse sténosante peut expliquer le mauvais résultat et l'on discute anastomose, cardioplastie, et résection œsogastrique ; un reflux gastro-œsophagien peut être en cause, une résection ou une anastomose œsojéjunale est alors de mise.

Tous ces problèmes que soulèvent l'étiologie des échecs de l'opération de Heller et le traitement à leur opposer, nous allons les évoquer. Mais auparavant, il convient de définir ce que nous entendons par « échec ».

Il est habituel de juger le résultat d'une myotomie extra-muqueuse sur un certain nombre de critères cliniques et radiologiques. Ces critères les voici

1° — Critères cliniques

a) Disparition de la dysphagie.

b) Reprise de poids.

c) Absence de signe clinique de reflux gastro-œsophagien.

2° — Critères radiologiques

a) Diminution du calibre de l'œsophage thoracique.

b) Disparition de la stase œsophagienne et passage rapide de la baryte à travers un cardia de calibre normal.

c) Réapparition de la poche à air gastrique.

d) A ces signes classiques Goutallier (15) ajoute la mise en évidence de la hernie de la muqueuse œsophagienne.

e) Et nous attachons pour notre part de l'importance à la réapparition des plis longitudinaux au niveau de l'œsophage inférieur.

Lorsque tous ces signes sont réunis, bien sûr, le résultat de la myotomie est excellent. Doit-on par contre parler d'échec lorsque manque l'un quelconque d'entre eux ? Sûrement pas, plusieurs n'ont en effet qu'une valeur secondaire.

La diminution du calibre de l'œsophage thoracique n'est pas nécessaire à un bon résultat, car un œsophage très distendu, atone, dont la paroi a été forcée par une longue évolution, est incapable de retrouver un calibre normal malgré un fonctionnement satisfaisant du cardia.

De même, la réapparition de la poche à air gastrique, qui traduit en principe l'efficacité des mouvements de

déglutition, ne constitue pas un test indispensable. La statistique de GOUTALLIER le prouve.

La hernie muqueuse enfin, critère théoriquement fidèle de la bonne exécution d'une myotomie peut se trouver en défaut. Dans notre observation n° 2, une volumineuse hernie muqueuse vérifiée chirurgicalement coïncide, nous le verrons, avec un échec incontestable.

En définitive, il nous semble que les meilleurs critères restent les critères cliniques. Nous considérons comme représentant des échecs, les malades dont la dysphagie est peu ou pas améliorée par l'intervention, dont la reprise pondérale n'est pas nette, qui imposent un traitement médical, des précautions diététiques, et pour lesquels se pose à plus ou moins longue échéance la question d'une réintervention. Il existe en effet toute une gamme de résultats imparfaits allant de la dysphagie très accidentelle provoquée par la déglutition d'un bol trop volumineux jusqu'à la récidive vraie, quasi permanente du syndrome dysphagique, qui crée une situation au moins aussi grave et parfois pire que celle qui avait motivé la première intervention.

Tous les malades que nous présentons correspondent à cette définition. Il est bien entendu d'ailleurs que chez ces malades, à la persistance des signes cliniques, s'associent généralement des signes radiologiques qui confirment l'échec mais ne suffisent pas à le définir.

PLAN

Notre travail comportera successivement :

Dans une première partie l'exposé de notre matériel clinique composé de 7 observations personnelles. Sans doute ce nombre est-il trop restreint pour autoriser des conclusions très précises. Il suffit cependant à suggérer des hypothèses pathogéniques assez bien étayées.

Ces hypothèses nous les exposerons dans le deuxième chapitre.

Et ces conceptions pathogéniques conduisent tout naturellement à envisager dans une troisième partie la discussion des méthodes de traitement à opposer aux échecs de l'opération de HELLER. Il apparaît d'ores et déjà que ce problème thérapeutique ne saurait être seulement un problème de technique. Les causes d'échec sont variées, les traitements le sont nécessairement aussi pour s'adapter aux diverses éventualités, ce qui nous imposera une discussion serrée des indications thérapeutiques.

OBSERVATIONS

Observation n° 1. — M^me^ T..., née en 1907.

1944. Apparition progressive d'un syndrome dysphagique qui conduit au diagnostic de mégaœsophage essentiel.

Cl. n° 1 : M^me^ T... (5-12-47)

1946. Une première intervention de HELLER est pratiquée par voie abdominale.

La malade n'en ressent aucune amélioration notable.

1947. Une nouvelle myotomie antérieure par voie abdominale est réalisée le 5 juillet.

Cl. n° 2 : M^me^ T... (4-8-58)

L'amélioration des troubles n'est que très incomplète. Une radiographie pratiquée cinq mois plus tard (cl. n° 1) montre une

importante dilatation œsophagienne et un effilement en queue de radis de l'œsophage terminal ; l'image dans son ensemble ressemblant à celle d'un mégaœsophage non opéré.

Un traitement médical par infiltrations splanchniques et antispasmodiques est entrepris, il s'avère totalement inefficace.

1958. Une rapide aggravation de la dysphagie oblige à une réintervention le 29-7-1958.

Les difficultés d'abord de l'œsophage obligent à faire une thoraco-phréno-laparotomie. L'introduction d'une bougie de Hegar par une courte gastrotomie, dans l'œsophage, démontre la souplesse des parois de celui-ci qui se laisse aisément dilater. Une nouvelle myotomie extra-muqueuse est alors décidée ; elle est pratiquée au niveau de la face postérieure de l'œsophage pour éviter les cicatrices antérieures des deux premières interventions. La paroi est fermée sur un double drainage thoracique et abdominal.

Les suites opératoires sont bonnes, la dysphagie est immédiatement améliorée.

Un cliché de contrôle post-opératoire (cl. n° 2) montre une dilatation œsophagienne persistante, mais un bon transit dans le bas œsophage qui a repris un calibre normal et dont les plis ont réapparu. La poche à air toutefois est toujours absente.

1964. La malade présente toujours une discrète dysphagie, sans retentissement pondéral.

Un examen radiocinématographique objective de très bons passages œsogastriques de la baryte, à travers un œsophage de calibre normal, mais explique la persistance d'un trouble par la présence d'un siphon œsophagien.

La résection de ce siphon est refusée par la malade qui se déclare satisfaite de ce résultat imparfait.

Observation n° 2. — M^me^ P..., née en 1915.

1956. Apparition de la dysphagie.

1958. La malade subit une première opération de Heller par voie abdominale.

Cl. n° 3 : M^me^ P... (20-2-60)

L'échec est immédiatement évident : la malade ne ressent aucune amélioration.

1960. La malade nous est confiée.

L'examen radiographique (cl. n° 3) montre un volumineux diverticule épicardiaque surmonté par une portion œsophagienne

Cl. n° 4 : M^me^ P... (21-3-60)

rétrécie et effilée, ne se laissant pas distendre par la bouillie opaque dont le transit est considérablement ralenti.

Le 7-3-1960 la malade est réopérée. L'intervention est menée par voie abdominale. La dissection met en évidence que l'aspect

radiographique diverticulaire correspond à une volumineuse hernie de la muqueuse œsophagienne par la brèche musculaire de la première intervention. Mais cette myotomie complète en profondeur paraît trop limitée en hauteur puisque au-dessus de la hernie l'œsophage a l'aspect spasmé classique du cardio-spasme. La souplesse de la paroi est vérifiée par l'introduction d'une bougie de Hegar au niveau de l'estomac. Une nouvelle et longue myotomie est réalisée sur la face postérieure afin d'éviter les tissus cicatriciels et le diverticule de la face antérieure. La paroi est fermée sur un drain.

Les suites opératoires sont normales et la dysphagie disparaît immédiatement.

Deux semaines plus tard un cliché de contrôle (cl. n° 4) vérifie le bon fonctionnement du transit œsophagien, la disparition de la zone rétrécie et la réapparition des plis longitudinaux.

Observation n° 3. — M. L..., né en 1901.

1930. Installation progressive de la dysphagie.

1958. Une aggravation du syndrome et une chute pondérale nous amènent ce malade.

A l'entrée, l'examen radiographique (cl. n° 5) montre une très volumineuse dilatation en « chaussette » et un défilé très étroit au niveau de l'œsophage terminal.

Le 21-2-1958 le malade est opéré. Par voie abdominale, on fait une longue myotomie extra-muqueuse de 12 cm en s'aidant d'une bougie de Hegar introduite par gastrotomie.

Les suites opératoires sont bonnes mais la dysphagie, améliorée, ne disparaît pas complètement.

1960. Le syndrome dysphagique s'aggrave brusquement ; la radiographie montre un aspect identique aux images pré-opératoires (cl. n° 6).

Le 17-6-1960 le malade est réopéré. La présence de nombreuses

adhérences oblige à pratiquer une thoraco-phréno-laparotomie. Malgré cela la libération est très laborieuse et se complique d'une plaie de la muqueuse œsophagienne. Une anastomose œsogastrique en deux plans est réalisée au niveau de cette plaie, l'aspect scléreux de la paroi œsophagienne interdisant une nouvelle myotomie.

Cl. n° 5 : M. L... (17-2-58)

Les suites opératoires sont bonnes et le malade est très amélioré, ce qui contraste avec le résultat radiologique très imparfait (cl. n° 7).

Cl. n° 6 : M. L.... (4-6-60)

Cl. n° 7 : M. L... (8-7-60)

Observation n° 4. — M^me^ B..., née en 1891.

1953. La malade subit une première myotomie extra-muqueuse par voie thoracique gauche.

Cl. n° 8 . M^me^ B... (26-10-61

Elle n'en retire aucun bénéfice, la dysphagie n'est à aucun moment améliorée.

1961. La malade nous est confiée, très amaigrie, en mauvais état général, avec une dysphagie très importante.

L'œsophagogramme pratiqué le 26-10-1961 (cl. n° 8) montre une importante dilatation de l'œsophage thoracique et un œsophage terminal réduit à un défilé très étroit et dont les bords sont tortueux et irréguliers. Cet aspect permettant d'évoquer le diagnostic de sténose par sclérose cicatricielle œsophagienne post-opératoire.

On réintervient le 8-12-1961 par voie thoracique gauche dans le 7e espace intercostal. Après libération de nombreuses adhérences, on constate que l'œsophage terminal est le siège d'une fibrose intense remaniant considérablement ses parois, et il apparaît contre-indiqué de faire une nouvelle myotomie. Après phrénotomie, le pôle supérieur de l'estomac est amené dans le thorax et on réalise une anastomose œsogastrique en deux plans court-circuitant la zone sténosée.

Les suites opératoires sont troublées par une désunion de la phrénotomie qui oblige à une réintervention.

Du point de vue digestif le résultat est immédiatement très bon.

La malade est revue en janvier 1963. Elle reste guérie de sa dysphagie, ne ressent aucun trouble digestif et a repris plusieurs kilos.

Le 6-5-1963 elle meurt d'une broncho-pneumonie droite post-grippale, dans un service de médecine. L'œsophage et l'estomac sont prélevés, et l'on constate que l'anastomose est perméable et qu'il n'existe pas de lésion d'œsophagite.

Observation n° 5. — M. A..., né en 1906.

1940. Le malade subit une intervention de Heller par voie abdominale.

L'échec est immédiatement patent et impose une gastrostomie qui est maintenue 15 jours.

1946. La dysphagie s'étant complétée, une nouvelle gastrostomie est réalisée. Elle est maintenue pendant 2 mois.

1962. Une radiographie (cl. n° 9) montre une dilatation

Cl. n° 9 : M. A... (7-11-62)

modérée de l'œsophage thoracique et un rétrécissement du bas œsophage, limité en hauteur, mais dont le calibre est très étroit et dont les bords paraissent irréguliers.

1963. Le malade nous est confié en urgence pour un syndrome de déshydratation par dysphagie pratiquement totale.

Il est rééquilibré et opéré le 12-7-1963. L'exposition du bas œsophage est très laborieuse en raison de la présence de nombreuses

Cl. n° 10 : M. A... (22-1-64)

adhérences, et impose une voie thoraco-abdominale. L'œsophage dans sa portion sténosée paraît scléreux et ce caractère organique de la sténose est confirmé par l'impossibilité de la franchir au

moyen d'une bougie de Hegar introduite par gastrotomie. On pratique alors une large anastomose œsogastrique en deux plans. La paroi est fermée sur un double drainage abdominal et thoracique.

Les suites immédiates sont troublées par une dilatation aigue de l'estomac.

Après cette complication, l'alimentation est reprise de façon tout à fait normale. Mais un mois environ après l'intervention la dysphagie réapparaît et s'aggrave progressivement.

Un examen radiographique pratiqué alors (cl. n° 10) ne montre pas d'amélioration du transit œsophagien.

1964. On est conduit à réintervenir.

Par thoraco-phréno-laparotomie gauche et après libération de très nombreuses adhérences, on découvre la partie terminale de l'œsophage qui est le siège d'une fibrose intense au sein de laquelle il est difficile de reconnaître l'anastomose faite antérieurement. L'œsophage terminal et le pôle supérieur de l'estomac sont réséqués, et l'on réalise une anastomose œsogastrique continente selon la technique de Lortat-Jacob. La paroi est fermée sur un double drainage thoracique et abdominal.

Dans l'heure qui suit la fin de l'intervention, ce malade en état de choc chronique malgré une réanimation pré-opératoire intensive, présente un collapsus irréversible puis un arrêt cardiaque contre lequel un massage cardiaque s'avère inefficace.

L'examen de la pièce découvre un épaississement de la muqueuse œsophagienne.

Observation n° 6. — M^me^ de C..., née en 1890.

1948. La malade subit une première intervention de Heller par voie thoracique.

Très tôt après l'intervention, la dysphagie réapparaît.

1963. Elle nous est confiée très amaigrie (10 kg) et n'avalant plus que les liquides.

L'examen radiographique (cl. n° 11) objective une volumineuse dilatation de l'œsophage thoracique et un rétrécissement de

Cl. n° 11 : M^me^ de C... (15-12-61)

l'œsophage terminal d'une longueur de 2 cm environ. Les bords de ce rétrécissement paraissent irréguliers.

Elle est réopérée le 7-8-1963. L'intervention est commencée

par voie abdominale, mais de grosses difficultés de libération de l'œsophage obligent à agrandir l'incision vers le thorax. Au cours de la dissection, l'œsophage est déchiré; d'autre part le rétrécissement paraît être de nature scléreuse et l'on réalise une cardioplastie en agrandissant verticalement la brèche œsophagienne jusqu'à l'estomac et en la suturant transversalement en deux plans. La paroi est fermée sur un double drainage thoracique et abdominal.

Les suites opératoires sont normales, une alimentation normale est reprise.

La malade est revue 4 mois plus tard, ce résultat très bon se maintient.

Observation n° 7. — M^me^ A..., née en 1909.

1959. Une dysphagie évoluant depuis plusieurs années, s'aggravant progressivement et altérant l'état général (amaigrissement de 10 kg) nous amène la malade.

Un œsophagogramme (cl. n° 12) montre un aspect typique de mégaœsophage essentiel.

Le 20-2-1959 on pratique une myotomie de Heller selon la technique habituelle, et l'on termine l'intervention par la fermeture de l'angle de His.

Malgré une nette reprise de poids et la réapparition de la poche à air gastrique, l'échec de l'intervention est rapidement évident : une dysphagie marquée persiste.

1964. Une aggravation du syndrome œsophagien nous ramène la malade.

Une nouvelle série de radiographies (cl. n° 13) montre que le calibre de l'œsophage thoracique a nettement diminué, que le cardia et l'œsophage terminal se sont dilatés et ont retrouvé un calibre normal, mais qu'il existe entre ces deux zones une portion de 1 cm de longueur environ très rétrécie, ce qui permet d'évoquer le diagnostic d'insuffisance en hauteur de la myotomie.

La malade est réopérée. Les adhérences serrées unissant le foie et l'estomac rendent l'abord de l'œsophage difficile et imposent une voie thoraco-abdominale. Après exposition de l'œsophage, on

Cl. n° 12 : M^me^ A... (29-3-58)

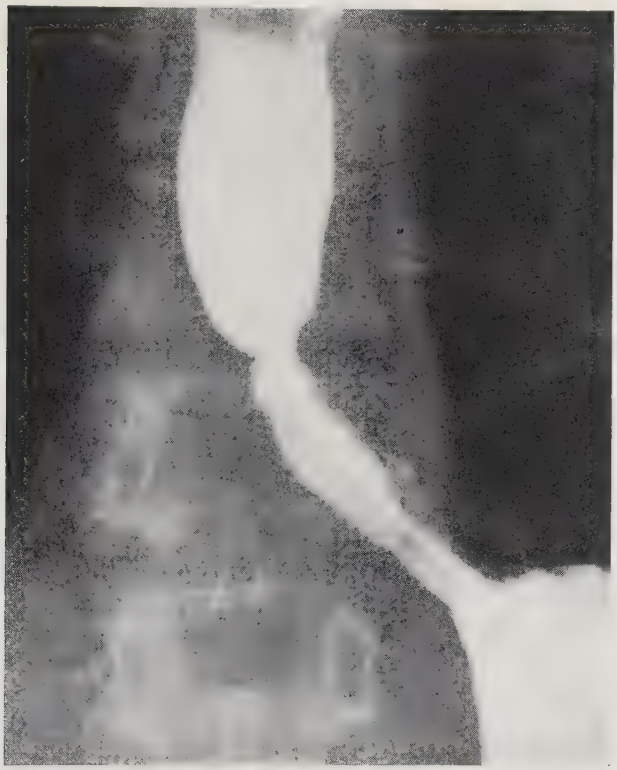
voit parfaitement la première myotomie dont les berges sont largement écartées, et qui expose bien la muqueuse ; cette myotomie semble donc complète en profondeur. Mais elle est surmontée, comme la radiographie le laissait prévoir d'une courte portion

œsophagienne de calibre réduit, d'aspect « spasmé ». Une bougie de HEGAR introduite par une courte gastrotomie permet de vérifier que rien ne gêne l'expansion de la paroi œsophagienne au niveau

Cl. n° 13 : M^me^ A... (3-4-64)

de la cicatrice de la première myotomie, et que, au-dessus de celle-ci, dans la zone rétrécie, la paroi est parfaitement souple. En s'aidant de cette bougie, on prolonge vers le haut, de 3 cm environ, la myotomie.

Les suites opératoires sont bonnes et la dysphagie disparaît complètement.



Cl. n° 14 : M^me^ A... (6-5-64)

L'examen radiographique (cl. n° 14) de contrôle vérifie le bon fonctionnement du transit œsophagien et la disparition du segment rétréci.

LES CAUSES D'ÉCHEC DE L'OPÉRATION DE HELLER

On reconnaît habituellement aux échecs de l'opération de HELLER quatre causes possibles que nous allons passer en revue :

1° - L'insuffisance de la myotomie;

2° - La sclérose œsophagienne post-opératoire;

3° - L'œsophagite peptique par reflux;

4° - La dilatation en siphon de l'œsophage.

I. - L'INSUFFISANCE DE LA MYOTOMIE

Pour être parfaitement efficace, une œsophago-cardiotomie doit répondre à deux conditions, qui constituent les principes mêmes de l'intervention.

— Elle doit être totale, sectionnant toute les fibres musculaires de la paroi œsophagienne, jusqu'à la muqueuse et ne négligeant aucune « bride » si minime soit-elle;

— Elle doit être longue, dépassant les deux extrémités de la sténose, mesurant au moins 10 cm.

A ces deux conditions essentielles, correspondent deux types d'imperfection de la myotomie et d'échec : les échecs par insuffisance en épaisseur, les échecs par insuffisance en longueur.

1. - L'insuffisance en épaisseur

Elle représente une des causes principales d'échec, tous les auteurs s'accordent sur ce point. Nous pensons qu'elle était en cause dons notre observation n° 1, il ne nous est pas possible d'en apporter la preuve, la cicatrice de la première myotomie cachant les fibres musculaires vraisemblablement respectées.

Il est facile de comprendre que quelques brides musculaires profondes soient fréquemment négligées au cours de la myotomie. En effet, le principal danger de l'intervention de Heller est la blessure de la muqueuse; et c'est la crainte de créer une telle lésion, difficile à reconnaître et grave justement quand elle n'est pas reconnue et traitée, qui conduit à des myotomies insuffisantes, trop superficielles, trop « prudentes ». Le chirurgien n'ayant pas une grande pratique de cette intervention préfère généralement le risque

d'une myotomie incomplète à celui d'une plaie de la muqueuse.

Cette difficulté de l'opération de HELLER est apparue à plusieurs auteurs qui ont tenté de perfectionner la technique dans ce sens.

C'est ainsi qu'ARTAUD LAMY interviennent sous anesthésie locale et font boire leur malade pour contrôler l'efficacité de la myotomie. WANGENSTEEN (31) pour sa part, introduit en fin d'intervention une sonde à ballonnet dans l'œsophage par une courte gastrotomie. En gonflant ce ballonnet, il vérifie qu'aucune fibre musculaire ayant échappé au bistouri n'entrave « l'expansion » de la muqueuse.

Notre maître, le Professeur GRIMOUD, utilise depuis longtemps un procédé très simple qui nous paraît rendre la myotomie à la fois plus facile, plus bénigne et plus sûrement efficace. Il fut décrit en 1953 (16) et fit l'objet de plusieurs travaux (11) (17). Ce procédé est le suivant : après avoir libéré et abaissé l'œsophage et avant toute incision de sa paroi, nous pratiquons une courte boutonnière sur la face antérieure de l'estomac. Par cet orifice nous introduisons dans l'œsophage une bougie de HEGAR (fig. 1). Le cardiospasme se laisse facilement forcer et l'on peut généralement utiliser une bougie n° 10 ou 12.

C'est alors que nous pratiquons la myotomie qui est facilitée par la présence à l'intérieur de l'œsophage de ce plan résistant, de ce « billot » sur lequel l'incision peut être faite avec toute la précision souhaitable. Lorsque la muqueuse apparaît, blanchâtre, séparée du plan musculaire par un plan de clivage et facilement reconnaissable, nous

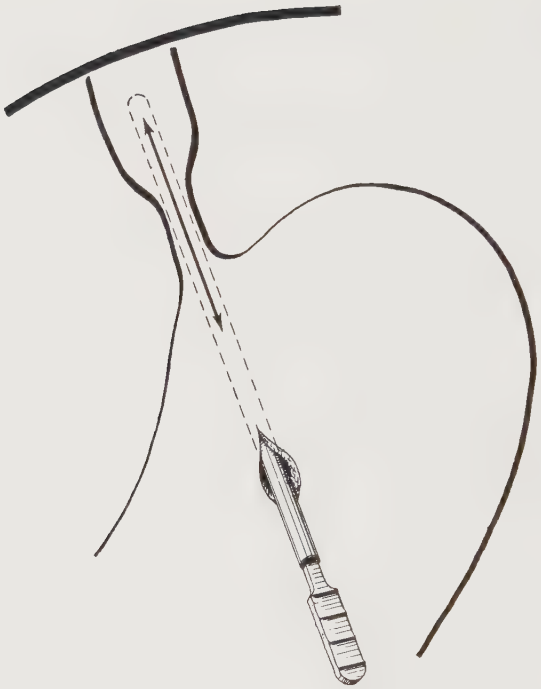


Fig. 1

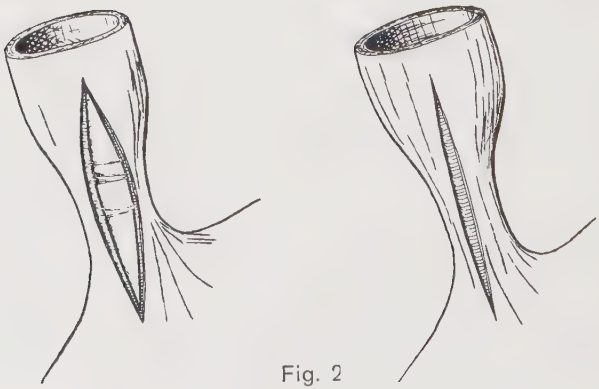


Fig. 2

remplaçons la bougie par une autre de plus fort calibre qui écarte les lèvres de l'incision musculaire et tend la muqueuse œsophagienne. Il est facile alors de vérifier qu'aucune fibre circulaire ne persiste ou de compléter de façon élective la section de quelques petites brides transversales (fig. 2). D'autre part, la muqueuse étant parfaitement exposée, on peut en contrôler avec certitude l'intégrité. Et ceci nous paraît important, car si une plaie muqueuse reconnue et suturée représente un incident sans gravité, une effraction méconnue peut avoir des conséquences catastrophiques. Or, en l'absence d'une dilatation intra-œsophagienne par notre procédé ou par un autre, on peut très bien méconnaître une telle lésion si elle est petite et si elle siège au fond d'un repli de la muqueuse.

Nous pensons donc que cette cause importante et fréquente de l'échec de la myotomie, qu'est l'insuffisance en profondeur, peut être pratiquement éliminée par un perfectionnement de la technique contre lequel on ne saurait sérieusement retenir le risque septique de la gastrotomie complémentaire.

2. - L'insuffisance en longueur

A cette cause d'échec il est classique de reconnaître une part de responsabilité moindre qu'à l'insuffisance en épaisseur.

Nous pensons au contraire qu'elle joue un rôle important dans le déterminisme des mauvais résultats, et dans deux

de nos observations la persistance du syndrome dysphagique est manifestement en rapport avec une myotomie ne montant pas suffisamment haut sur l'œsophage.

Dans notre observation n° 2, la radiographie pratiquée après le premier HELLER (cl. n° 3) montre une dilatation importante de la partie terminale de l'œsophage, la hernie muqueuse revêtant un aspect pseudo-diverticulaire. Mais ce segment œsophagien dilaté est sépagé du megaœsophage par un court segment rétréci qui a retrouvé un calibre satisfaisant après la myotomie itérative longuement prolongée vers le haut, tandis que s'améliorait la dysphagie (cl. n° 4).

Dans notre observation n° 7, la radiographie pratiquée après le premier HELLER (cl. n° 13) montre une dilatation satisfaisante de la partie toute terminale de l'œsophage, sur les 5 cm « myotomisés ». Mais la myotomie trop courte n'a pas modifié le calibre du segment initial de la sténose qui, sur un centimètre, reste rétréci, identique à l'aspect du cliché initial (cl. n° 12). Nous avons d'ailleurs constaté lors de la réintervention, que la première myotomie était complète quant à son épaisseur, et dénudait entièrement la muqueuse. Il nous a suffi de prolonger l'incision de 2 cm vers le haut pour obtenir une disparition complète de la dysphagie et l'excellent résultat radiologique du cliché n° 14.

Cette cause d'échec pose le problème de la longueur d'une myotomie idéale.

Tous les auteurs sont d'accord pour recommander une incision longue d'au moins 8 ou 10 cm, et nous nous attachons à suivre cet impératif.

En haut, la myotomie doit intéresser toute la zone

spasmée et même la dépasser nettement sur l'œsophage dilaté. Notons en passant qu'il n'est évidemment pas possible de suivre cette règle dans le cas, fort rare d'ailleurs, de spasmes étagés de l'œsophage, par une voie abdominale.

Cette nécessité d'un acte chirurgical étendu vers le haut nous oblige à poser le problème de la voie d'abord de l'opération de Heller. Perrotin (26), Flavel (13), entre autres, préconisent la voie thoracique gauche qu'ils justifient par le fait qu'il faut dépasser le cardiospasme. Comme la plupart des auteurs, comme Deloyers et Loygue (6) en particulier, nous restons partisans de la voie abdominale. En effet, grâce à un bon écartement de l'auvent thoracique, grâce à une dissection poussée de l'œsophage vers le haut, grâce à un abaissement énergique de l'estomac au moyen d'un lac passé autour du cardia, il est toujours possible d'exposer une longueur suffisante d'œsophage et de voir la portion dilatée qui doit représenter la limite supérieure de la myotomie.

Le niveau où l'on doit arrêter l'incision vers le bas est plus controversé. Certains, par crainte du reflux, limitent la myotomie, d'autres, soucieux de faire une intervention aussi radicale que possible, se montrent plus audacieux.

Le Pr. Lortat-Jacob, afin de ménager au maximum le dispositif anatomique normal de continence, insiste sur la nécessité de respecter la cravate d'Helvetius. Le Pr Rudler, Loygue (22) n'hésitent pas à « mordre » sur l'estomac.

Nous pensons, pour notre part, qu'il est certes inutile de prolonger longuement l'incision sur la paroi gastrique mais qu'il ne faut pas exagérer la gravité de la section des

fibres obliques. La crainte excessive de cette section ne doit surtout pas conduire à une myotomie insuffisante et incomplète. La réfection de l'angle de His en fin d'intervention par suture de la grosse tubérosité à la lèvre gauche de l'incision pariétale œsophagienne est d'ailleurs suffisante pour pallier les inconvénients de la section éventuelle de quelques fibres de la cravate. Elle reconstitue un dispositif valvulaire qui a toutes les chances d'être efficace contre le reflux gastro-œsophagien.

II. - LA SCLÉROSE ŒSOPHAGIENNE POST-OPÉRATOIRE

Il est fréquent, au cours des réinterventions sur l'œsophage abdominal et, en particulier, après l'opération de Heller de se heurter à un barrage scléreux important, soudant le foie, la partie supérieure de l'estomac et l'œsophage dans un bloc de fibrose.

Dans quelles conditions et pour quelles raisons cette sclérose se développe-t-elle; quelle est sa responsabilité dans les mauvais résultats de la myotomie extra-muqueuse? Voilà les deux questions que l'on doit se poser.

1° - LES MECANISMES D'APPARITION DE LA SCLEROSE POST-OPERATOIRE APRES OPERATION DE HELLER.

Il n'est possible dans ce chapitre que de formuler des hypothèses, sans apporter de preuve formelle. Ces hypothèses ont l'avantage d'imposer des règles techniques que nous énoncerons.

Les mécanismes évoqués sont les suivants :

a) L'organisation d'un hématome.

Il est logique de citer cette circonstance d'apparition commune à toutes les scléroses post-opératoires. Il est facile de la prévenir par une hémostase soigneuse et par l'utilisation d'un drainage aspiratif pendant 48 heures. Pour notre part, nous drainons systématiquement et de cette façon nos opérés de HELLER.

b) La réaction inflammatoire dûe à une plaie de la muqueuse.

D'après VUILLIEME (30), la responsabilité des plaies muqueuses dans les échecs de la myotomie est faible ou nulle. Il n'envisage évidemment que les plaies reconnues donc suturées. Il est logique de penser qu'une plaie minime peut ne pas provoquer de complication catastrophique immédiate, peut passer inaperçue dans les suites post-opératoires. Elle est sûrement génératrice dans ce cas, par un processus de péritonite localisée, de lésions de fibrose de la région. Nous avons déjà mis l'accent sur l'importance que nous attachons à reconnaître ces plaies de la muqueuse, et sur la technique que nous utilisons pour le faire aussi sûrement que possible.

c) Le Docteur HEPP, enfin, envisage la possibilité de réactions scléreuses graves dûes à de petites suffusions biliaires provoquées par le traumatisme hépatique qu'impose parfois l'abord de l'œsophage abdominal.

Nous n'avons jamais observé de telles lésions, mais il est certainement utile de penser à ce risque pour manipuler

le lobe gauche du foie avec précaution, et pour éviter de le blesser si les difficultés d'abord obligent à sectionner le ligament triangulaire gauche.

En résumé, pour mettre le malade à l'abri de ces lésions de fibrose, l'opération de HELLER doit être réalisée avec soin, sans traumatisme intempestif et de façon aussi exsangue que possible.

2° - LA RESPONSABILITE DE LA SCLEROSE POST-OPERATOIRE DANS LES ECHECS DE LA MYOTOMIE

Cette responsabilité est incontestable, tous les auteurs la reconnaissent et considèrent la sclérose post-opératoire comme une des grandes causes d'échec.

DELANNOY et SOOTS (4) en rapportent une observation avec vérification histologique de la sclérose intersticielle œsophagienne. VUILLIÈME (30) la reconnaît comme cause de l'échec dans quatre cas. Nous l'accusons chez nos malades n^{os} 3, 4, 5 et 6.

Mais il faut agir avec circonspection avant d'affirmer cette responsabilité.

Il y a en effet deux types de sclérose post-opératoire :

— la sclérose murale, qui altère la paroi œsophagienne;

— la sclérose péri-œsophagienne, extra-murale, véritable périviscérite.

Les scléroses murales, réalisant des lésions comparables à celles des rétrécissements cicatriciels, peuvent seules être mises en cause. Ce sont des lésions de ce type que présentaient nos quatre malades.

Les scléroses extra-murales, au contraire, qui, certes, rendent la réintervention difficile et obligent souvent, comme nous le verrons plus loin, à des voies d'abord élargies, ne nous paraissent pas, sauf cas exceptionnels, pouvoir expliquer à elles seules des échecs de myotomie de HELLER. Chez nos malades n^{os} 1 et 7 il existait une importante réaction fibreuse soudant l'œsophage abdominal aux organes voisins, mais dans les deux cas, après une dissection laborieuse, nous avons pu pratiquer sur des œsophages dont les parois étaient souples des myotomies itératives parfaitement efficaces. Dans les deux cas une insuffisance de la première intervention était en cause, la périviscérite n'était qu'un épiphénomène.

Cette distinction entre sclérose murale responsable de la dysphagie et sclérose extra-murale contingente est évidemment importante du point de vue thérapeutique. Elle est difficile pourtant à faire lors de la réintervention et nous pensons, nous y insisterons plus loin, que notre procédé qui consiste à introduire une bougie métallique dans l'œsophage permet d'étudier la souplesse de la paroi et ainsi de reconnaître si la réaction scléreuse l'intéresse ou la respecte.

III. - L'ŒSOPHAGITE PEPTIQUE PAR REFLUX

La myotomie extra-muqueuse crée des conditions anatomiques favorables à l'apparition d'un reflux gastro-œsophagien. Elle perturbe en effet trois éléments du dispositif de continence en sectionnant les fibres circulaires du cardia, les connections qui unissent normalement l'œsophage au pourtour de l'hiatus œsophagien du diaphragme et parfois quelques éléments de la cravate d'Helvetius.

La section des fibres circulaires du cardia est certainement sans grandes conséquences, leur rôle « anti-reflux » étant minime.

La section de la cravate d'Helvetius est plus importante. Ces fibres obliques, en effet, impriment normalement à la surface de l'estomac l'angle de His et sous-tendent la valvule de Von Gubaroff, dont la valeur en tant que dispositif de continence est incontestable. Son effacement crée une communication béante entre l'œsophage et l'estomac et peut être responsable d'un reflux de liquide gastrique. Nous avons signalé que beaucoup d'auteurs ménagent avec

précaution ces fibres obliques, nous indiquerons plus loin l'importance qu'il faut attacher dans tous les cas à la réfection de l'angle aigu séparant l'œsophage de la grosse tubérosité.

Le troisième élément de l'opération de HELLER propre à favoriser un reflux est la section des connections œsophago-hiatales que nécessitent la dissection et l'abaissement de l'œsophage. Cette dissection, en effet, désolidarise complètement œsophage et hiatus œsophagien. Ainsi, sous l'effet de la pression abdominale et de l'aspiration thoracique, l'œsophage est facilement « avalé » dans le thorax, d'autant plus facilement que l'orifice diaphragmatique est souvent élargi lors du temps d'exposition du segment œsophagien pathologique. Cette aspiration intra-thoracique a pour effet de tendre à effacer l'angle de HIS et favorise donc comme la section de la cravate d'HELVETIUS le reflux gastro-œsophagien.

Une opération de HELLER limitée à la myotomie extra-muqueuse et non complétée par les gestes indispensables que nous mentionnerons plus loin peut donc se compliquer d'un reflux.

Par les brûlures œsophagiennes, les régurgitations, la fétidité de l'haleine qu'il engendre, ce reflux représente une complication en lui-même. Il peut conduire à un grave échec lorsqu'il provoque une œsophagite ulcéreuse et une sténose œsophagienne.

L'incidence pratique de ce reflux sur les résultats de la myotomie de HELLER est d'ailleurs diversement appréciée. DUBOURG (10) sur 48 opérés rapporte 12 œsophagites;

nous comprenons difficilement cet énorme pourcentage. Les chiffres relevés dans la littérature sont généralement plus modestes : Michaud (24) compte 5 œsophagites chez les 156 myotomisés de la statistique de Santy. Goutallier (15) en dénombre 17 sur les 205 malades du Pr Lortat-Jacob, et Deloyers et Loygue (6) évaluent la fréquence de l'œsophagite peptique post-opératoire à 3 %. Nous n'avons jamais eu à déplorer cette complication de la myotomie; d'autre part, aucun des malades opérés par d'autres chirurgiens et que nous avons traités pour échec de l'opération de Heller ne présentait de reflux évident.

Mais notre statistique est courte et la gravité de cette affection nous incite à accorder une grande importance dans notre technique aux gestes complémentaires de la myotomie destinés à éviter un reflux post-opératoire.

Nous n'avons pas d'expérience de la technique de Dor (9) qui réalise en fin d'intervention systématiquement une opération de Nissen partielle, par suture de la grosse tubérosité à la lèvre droite de l'incision œsophagienne, la paroi gastrique recouvrant la myotomie. Cette technique crée un dispositif valvulaire, c'est incontestable, et son auteur lui reconnaît en outre l'intérêt de protéger la muqueuse œsophagienne découverte par la myotomie. Il nous semble que ce procédé risque de compromettre le résultat de l'intervention, en rapprochant les lèvres de l'incision et en gênant ainsi l'expansion de l'œsophage.

Le Pr Lortat-Jacob (15) depuis longtemps, complète l'opération de Heller en réduisant le diamètre de l'orifice œsophagien du diaphragme s'il apparaît élargi, naturellement ou par les manœuvres de dissection. D'autre part, et

surtout, il réalise une œso-cardio-gastropexie, en fixant le bord droit de la grosse tubérosité à la lèvre gauche de la myotomie, le point supérieur chargeant le pilier gauche et solidarisant l'œsophage au diaphragme. C'est cette dernière technique de reconstitution de l'angle de His que, comme d'ailleurs la majorité des auteurs, nous utilisons systématiquement.

Nous pensons qu'il s'agit là d'un temps essentiel de l'intervention et que le traitement de l'œsophagite peptique par reflux compliquant l'opération de Heller doit être préventif.

IV. - LA DILATATION EN SIPHON DE L'ŒSOPHAGE

Nous l'avons déjà signalé, c'est classique et parfaitement observé, un œsophage très distendu, généralement par une longue évolution du cardiospasme, ne retrouve pas après la myotomie un calibre normal.

Il est habituel d'ailleurs que ce mégaœsophage persistant après l'opération de HELLER n'altère pas ou seulement peu le résultat fonctionnel.

Il est un cas cependant où la dilatation œsophagienne peut représenter en elle-même une cause de dysphagie, et peut donc, lorsqu'elle persiste après le traitement du cardiospasme compromettre le résultat et être responsable d'un échec. Il s'agit de la dilatation en siphon, correspondant à l'accentuation du coude réalisé par la classique déformation en chaussette. Alors, par un mécanisme hydrodynamique simple à comprendre, le siphon amortit l'effet de la pesanteur dont le rôle est important dans le franchissement du cardia.

Notre observation n° 1 illustre bien ce phénomène. La malade a subi trois myotomies extra-muqueuses consécutives et son œsophage terminal se dilate et fonctionne parfaitement bien. Mais il existe en amont, une sinuosité en siphon très accentuée où l'on voit par l'étude radio-cinématographique s'arrêter le transit de la bouillie barytée jusqu'à ce qu'une colonne liquidienne suffisante réussisse à la forcer. Nous avons trouvé là l'explication de la persistance d'une dysphagie, d'ailleurs modérée, et parfaitement tolérée par la malade.

Il semble difficile de prévenir ce type d'échec de la myotomie, en rapport avec une lésion distincte du cardiospasme et non liée à l'acte chirurgical.

Le Pr Lortat-Jacob (15) conseille dans ces cas de ne pas tenter la myotomie extra-muqueuse qu'il juge vouée à l'échec et de réaliser d'emblée une résection. Il nous semble difficile de poser l'indication de cette résection de principe. On ne peut, en effet, jamais affirmer que la myotomie est sûrement vouée à l'échec, et la différence de gravité entre résection et Heller est trop grande pour faire une résection là où une myotomie a quelques chances de succès.

LE TRAITEMENT DES ÉCHECS DE L'OPÉRATION DE HELLER

On dispose de plusieurs méthodes thérapeutiques devant l'échec d'une myotomie extra-muqueuse; ces méthodes sont les suivantes :

1° Les traitements médicaux et les dilatations;

2° L'intervention de HELLER itérative;

3° Les cardioplasties et anastomoses œso-gastriques;

4° Les résections œso-gastriques;

5° Les anastomoses œso-jéjunales.

Ces diverses techniques, loin de s'opposer, se complètent et se partagent les indications; chaque type d'échec que nous avons défini au chapitre précédent nécessitant une thérapeutique particulière. Il convient donc ici, à côté des problèmes techniques posés par chaque intervention, de réserver une large place à l'étude des indications.

I. LES TRAITEMENTS MÉDICAUX ET LES DILATATIONS

1° LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX.

Nombreuses sont les drogues proposées comme thérapeutique du cardiospasme. Elles sont toutes incapables de guérir un mégaœsophage essentiel et ne peuvent être considérées que comme traitements adjuvants et palliatifs. Ce fait a été entériné par le rapport de Deloyers et Loygue (6).

Inefficaces comme traitement initial du mégaœsophage ces thérapeutiques médicales ne nous semblent pas plus indiquées dans les échecs graves de l'opération de Heller.

2° LES DILATATIONS.

Elles sont souvent tentées comme traitement complémentaire de la chirurgie lorsque la dysphagie persiste après la myotomie. Mais sur leur intérêt vis-à-vis de ces échecs du Heller, les diverses opinions sont loin de concorder.

Santy (29) considère qu'il s'agit d'un traitement utile et efficace des scléroses post-opératoires; il rapporte quatre observations de malades en ayant bénéficié. Le Pr Rudler (28) conseille de les tenter. Delannoy et Soots (4) au contraire les ont utilisées sans succès dans trois cas.

Nous n'avons aucune expérience de cette méthode thérapeutique car nous pensons que les dilatations, même progressives et à plus forte raison forcées sont dangereuses. Elles font déjà courir avant toute intervention des risques non négligeables de perforation et d'hémorragie. Il nous semble que ces risques sont augmentés chez des malades ayant subi un Heller, sur un œsophage dont la paroi est fragilisée par la myotomie et qui a perdu sa souplesse du fait de la sclérose post-opératoire.

II. L'OPÉRATION DE HELLER ITÉRATIVE

Le fait qu'une myotomie extra-muqueuse peut être entachée de fautes et peut être incomplète justifie cette « réintervention de Heller ». De nombreuses publications françaises ces dernières années ont mis l'accent sur ce fait, et l'on admet aujourd'hui couramment la myotomie itérative comme une intervention licite capable de donner de bons résultats et que l'on doit savoir tenter.

Ce n'est pourtant pas le traitement « standard » des échecs de l'opération de Heller et dans un premier temps nous étudierons les problèmes d'indications qu'elle pose. Elle n'est d'autre part, sur le plan technique, pas superposable exactement à la myotomie primitive, nous consacrerons donc un deuxième chapitre à l'étude de la technique de l'intervention de Heller itérative.

1° INDICATIONS.

On doit évidemment faire une nouvelle myotomie ou compléter la myotomie première chez les malades dont les troubles sont en rapport avec une insuffisance en profon-

deur ou en longueur du premier HELLER et qui ne présentent par ailleurs ni œsophagite, ni sclérose, ni siphon œsophagien. L'indication de la myotomie itérative est donc théoriquement simple. Le problème pratique est tout autre, car on ne dispose pas avant la réintervention de critères formels permettant de poser l'indication d'une nouvelle myotomie.

a) Le délai séparant la première intervention de la réapparition des troubles ne nous paraît pas présenter d'intérêt. Chez tous nos malades il était très bref, qu'il s'agisse d'une myotomie insuffisante ou d'une sclérose œsophagienne.

b) L'absence de signe clinique ou radiologique de reflux ne permet d'éliminer que l'œsophagite mais ne distingue pas entre eux les autres types d'échecs.

c) L'aspect radiologique de la sténose est sans doute plus intéressant : dans nos observations n^{os} 1, 2 et 7 où étaient en cause des myotomies insuffisantes, on remarque sur les clichés, que l'extrémité inférieure de l'œsophage thoracique dilaté est effilée, que les limites de la portion rétrécie sont régulières, comme dans un mégaœsophage essentiel non opéré.

Au contraire, chez nos malades n^{os} 4, 5 et 6, le défilé œsophagien paraît irrégulier, ses bords sont « grignotés », nous avons rencontré dans ces trois cas une sténose scléreuse.

Seul notre malade n° 3 présentait après sa première intervention une image, non modifiée par rapport au cliché pré-opératoire, de mégaœsophage essentiel typique; il s'agissait pourtant, nous en eûmes la preuve lors de la

réintervention, d'une sclérose œsophagienne. Les signes radiologiques étaient dans ce cas pris en défaut.

Ces images radiographiques permettent donc dans une certaine mesure d'évoquer une pathogénie possible de l'échec et de prévoir quelle technique il conviendra d'appliquer; elle n'autorise pas à l'affirmer de façon absolue.

d) Signalons enfin que dans un seul cas d'échec il est possible de porter un diagnostic précis et d'établir un plan opératoire certain, c'est celui où l'examen radio-cinématographique démontre la présence et la responsabilité d'un siphon œsophagien. Une nouvelle myotomie est alors contre-indiquée, il faut recourir d'emblée aux techniques que nous envisagerons plus loin.

En l'absence de critère valable, le Pr Lortat-Jacob (15) adopte la conduite suivante : il tente une nouvelle myotomie devant l'échec des Heller « faits ailleurs », considérant a priori qu'il y a peut-être eu insuffisance de la première intervention. Notre attitude est moins systématique et nous posons l'indication d'une myotomie itérative sur des critères anatomiques recueillis au cours de la réintervention. Et c'est encore, dans ce domaine, notre procédé, consistant en l'introduction dans l'œsophage d'une bougie metallique, qui nous fournit ces critères.

Comme au cours d'une intervention de Heller classique, lorsque l'œsophage est libéré et abaissé, nous faisons une courte gastrotomie antérieure. Par cet orifice nous dirigeons une bougie de Hegar vers la lumière œsophagienne. S'il est possible de l'introduire dans l'œsophage, si elle distend facilement le rétrécissement, démontrant ainsi la

souplesse de ses divers éléments pariétaux, nous considérons qu'il ne s'agit pas d'une sténose scléreuse et pratiquons une nouvelle myotomie, toujours possible sur une paroi œsophagienne souple.

Si au contraire la bougie se heurte à un rétrécissement indilatable nous admettons qu'il existe une sclérose pariétale, sans doute responsable de l'échec, et qui en tous cas contre-indique le HELLER itératif. Nous nous adressons alors aux autres techniques que nous passerons plus loin en revue. Nous pensons en effet que la myotomie itérative ne doit être pratiquée que sur un œsophage souple, dont la paroi est capable de subir une certaine expansion après incision des couches musculaires.

Tous nos HELLER itératifs nous ont été indiqués par ce procédé; il nous a imposé au contraire d'y renoncer dans l'observation n° 5. L'œsophage dans ce cas, lors de la première réintervention, paraissait extérieurement souple, il n'admettait pourtant pas la plus petite bougie métallique du fait d'une sclérose circulaire profonde très serrée; un HELLER itératif n'aurait certainement donné aucun résultat.

2° TECHNIQUE.

Deux aspects de la technique du HELLER itératif doivent retenir notre attention : la voie d'abord et le siège de la myotomie.

a) LA VOIE D'ABORD.

Nous avons déjà rappelé que la majorité des auteurs, en ce qui concerne la première myotomie, utilise la voie abdominale. On sait qu'au prix d'une dissection poussée cette voie permet une bonne exposition du bas œsophage, rend possible en outre une exploration complète des viscères digestifs abdominaux, et qu'enfin elle facilite le temps complémentaire indispensable de la myotomie qu'est la réfection de l'angle de His. Nous sommes également partisans de cette voie pour réaliser un Heller primitif.

Le problème de la voie d'abord est moins unanimement résolu pour la myotomie itérative. Deux facteurs en effet viennent modifier les bases de la discussion : d'une part la dissection œsophagienne est singulièrement compliquée par la présence des adhérences post-opératoires. D'autre part on n'a jamais la certitude de pouvoir réaliser une nouvelle myotomie lorsqu'on réintervient pour échec d'un Heller, et l'on doit prévoir l'éventualité d'une résection gastro-œsophagienne.

Se basant sur ces arguments, Loygue et Vuillième (22), Perrotin, préconisent la voie thoracique gauche. Le Pr Lortat-Jacob (15) à l'opposé, comme lors des Heller primitifs, utilise la voie abdominale, plus bénigne mais qui interdit de changer de tactique opératoire, en cours d'intervention.

Nous avons adopté une attitude qui nous paraît résoudre le problème : lorsque nous réintervenons pour échec d'une myotomie extra-muqueuse, nous plaçons le

malade en position dorso-latérale et nous commençons l'intervention par une voie abdominale pure obliquement dirigée de l'ombilic vers le rebord costal gauche. Cette laparotomie suffit parfois à mener à bien l'acte opératoire (Obs. n° 2). Mais si nous rencontrons de trop grandes difficultés de dissection risquant de compromettre la qualité de la myotomie, nous agrandissons notre voie d'abord vers le thorax en réalisant une thoraco-phréno-laparotomie. Cette voie combinée nous a été imposée deux fois (Obs. n°s 1 et 7) pour myotomie itérative; nous verrons d'autre part plus loin que nous l'avons plusieurs fois utilisée pour pratiquer des interventions différentes.

b) LE SIEGE DE LA MYOTOMIE.

Ce problème nous paraît important. Nous pensons en effet qu'il est essentiel de réaliser la myotomie itérative sur un « rayon » de l'œsophage ayant conservé sa souplesse et ses plans de clivage normaux.

Or, la cicatrice de la première intervention qui siège généralement sur la face antérieure de l'œsophage, ne répond pas à cet impératif. Faire une nouvelle myotomie au même endroit nous semble difficile, dangereux pour la muqueuse, peu efficace enfin, car la hernie muqueuse but de l'intervention ne peut trouver d'issue au milieu de ce tissu cicatriciel.

Aussi, ne faisons-nous jamais la myotomie itérative exactement au niveau de la myotomie initiale. En d'autres termes, nous ne corrigeons pas la myotomie insuffisante mais

réalisons une nouvelle intervention de HELLER. Pour ces raisons, nous préférons généralement l'incision postérieure de la paroi œsophagienne qui, faite en tissu sain, peut être menée de façon tout à fait satisfaisante. Nous avons ainsi réalisé deux HELLER itératifs postérieurs (Obs. n^{os} 1 et 2).

Dans un cas, notre nouvelle myotomie a porté sur la face antérieure de l'œsophage, mais il s'agissait d'un échec par insuffisance en hauteur de la première intervention (Obs. n° 7). Comme le laissait prévoir l'examen radiographique, la première myotomie libérait bien la muqueuse et n'avait respecté dans son aire aucune fibre musculaire. Nous n'avons donc pas cherché à la compléter, nous l'avons seulement prolongée, opérant ici encore en tissu sain, au-dessus de la cicatrice.

Ce détail technique, cette nécessité de réaliser la myotomie itérative dans une zone « neuve » de la paroi œsophagienne nous paraît représenter un impératif essentiel.

Mis à part ces deux points, voie d'abord et siège de l'opération de HELLER itérative, ajoutons pour clore ce chapitre, que comme lors de la myotomie extra-muqueuse classique, nous utilisons le plan résistant d'une bougie métallique introduite dans l'œsophage pour faciliter l'incision de la paroi musculaire et que nous fermons ou achevons de fermer systématiquement l'angle de HIS.

3° RESULTATS.

Nous avons obtenu deux résultats excellents de la myotomie extra-muqueuse itérative (Obs. n^{os} 2 et 7). Chez

notre malade n° 1, elle n'a pas amené de disparition complète de la dysphagie, mais nous avons déjà signalé que ce résultat imparfait était en rapport avec un siphon œsophagien. L'action de la myotomie itérative sur la sténose avait pourtant été efficace, comme nous l'avons vérifié par un examen radio-cinématographique.

En résumé l'opération de Heller itérative nous paraît être le meilleur traitement des échecs de la myotomie, si elle est réalisée en suivant des règles de technique et d'indications très strictes. Nous considérons que l'opération de Heller itérative est capable de donner de très bons résultats si elle se déroule dans des conditions proches de celles d'une myotomie primitive mais nous pensons aussi qu'elle ne peut être efficace que dans certains cas précis que le cathétérisme per-opératoire de l'œsophage indique de façon objective.

III. - LES CARDIOPLASTIES ET ANASTOMOSES ŒSO-GASTRIQUES

Nous allons dans ce chapitre développer notre attitude vis-à-vis des indications de ces interventions puis, nous indiquerons rapidement les techniques que nous utilisons et les résultats que nous avons obtenus.

1° INDICATIONS.

Les cardioplasties et les anastomoses œso-gastriques jouissent auprès de la majorité des auteurs français d'une très mauvaise réputation. L'un des premiers, semble-t-il, le Pr Lortat-Jacob (21) a mis l'accent sur les dangers que font courir ces interventions. Quelques chirurgiens, tels Redon (27), Alivisatos (2), les défendirent timidement mais en 1956 le rapport de Deloyers et Loygue (6) les condamnait d'une manière absolue.

Cette condamnation concernait essentiellement le traitement initial du mégaœsophage essentiel et, prise dans ce

sens, nous l'acceptons sans réserve. Les cardioplasties et anastomoses sont en effet incontestablement génératrices d'œsophagites peptiques par reflux, et nous ne voyons aucune raison de les préférer à l'opération de Heller, beaucoup moins dangereuse et qui donne de meilleurs résultats.

Cette juste condamnation des cardioplasties et anastomoses envisagées comme traitement initial du mégaœsophage, la plupart des chirurgiens l'ont ensuite transposée au problème thérapeutique des échecs de l'opération de Heller; et elles sont actuellement l'objet d'un discrédit qui tend à les éliminer complètement de l'arsenal thérapeutique. Vuillième (28), Lortat-Jacob (21), Delannoy et Soots (4) les rejettent formellement pour leur préférer la résection œsogastrique.

Nous ne partageons pas cette opinion, et si nous ne faisons jamais d'anastomoses ou de cardioplasties dans le mégaœsophage non opéré, nous n'hésitons pas à en faire pour traiter certains échecs de la myotomie extra-muqueuse, le problème nous paraît en effet dans ce cas tout à fait différent.

L'intervention de Heller itérative nous paraît être le meilleur traitement des échecs de la myotomie. Mais, nous l'avons signalé, elle ne peut et ne doit être réalisée que dans le cas où l'échec est dû à une insuffisance de cette myotomie et où il n'existe ni sclérose œsophagienne, ni œsophagite peptique, ni siphon œsophagien. C'est lorsqu'existe une de ces trois lésions que nous discutons l'indication d'une anastomose ou d'une cardioplastie.

— Nous n'avons aucune expérience des échecs de l'opération de HELLER par œsophagite peptique. Il nous paraît cependant incontestable que dans ce cas, anastomose et cardioplastie sont contre-indiquées et qu'il faut recourir à des interventions plus complexes pour s'opposer au reflux acide dans l'œsophage.

— Nous ne sommes non plus jamais réintervenus pour traiter un siphon œsophagien. Il nous semble que dans ce cas la résection œsogastrique est la seule technique logique.

— Tous les malades chez lesquels nous n'avons pas pu pratiquer une myotomie itérative, présentaient des sténoses œsophagiennes par lésions de sclérose. Nous avions alors à choisir entre résection œso-gastrique de WANGENSTEEN, résection suivie d'anastomose continente, anastomose œso-jéjunale et anastomose œso-gastrique ou cardioplastie.

Nous n'avons pas pratiqué de résection. Ces interventions sont certainement efficaces et mettent à l'abri du reflux gastro-œsophagien dans une large mesure. Mais elles sont immédiatement graves et toutes les statistiques font état d'une mortalité importante.

Les risques de troubles carentiels auxquels expose l'exclusion de l'estomac du transit digestif nous a fait éliminer les anastomoses œso-jéjunales.

Nous avons choisi l'anastomose œso-gastrique dans trois cas (Obs. n^{os} 3, 4 et 5), la cardioplastie dans 1 cas (Obs. n° 6). Bien sûr ces interventions exposent au reflux et à l'œsophagite peptique, mais elles ont pour elles l'avantage d'être bénignes. Nos malades n^{os} 4 et 6 étaient âgés respectivement de 70 et 73 ans, nos malades n^{os} 3 et 5,

hospitalisés pour dysphagie presque totale, n'avaient pu être que partiellement rééquilibrés. Nous pensons avoir agi avec prudence en préférant les risques d'un éventuel reflux au risque vital d'une intervention majeure, mal proportionné au caractère bénin de l'affection.

Les anastomoses œso-gastriques et les cardioplasties gardent donc à notre avis une place dans le traitement des échecs de l'opération de HELLER, place limitée aux contre-indications de la myotomie itérative et à certains terrains difficilement capables de supporter une autre intervention.

2° TECHNIQUE.

Nos anastomoses œso-gastriques ont été réalisées selon la technique de HEYROVSKY, et c'est au procédé de WENDEL que nous avons eu recours pour pratiquer une cardioplastie, en suturant transversalement une incision longitudinale de la zone sténosée.

Nous ne décrirons pas ces interventions très simples dont la technique ne pose pas de problème.

Le seul point qui nous paraît mériter une mention concerne la voie d'abord. En dehors d'un cas où nous sommes intervenus par thoracotomie (Obs. n° 4) chez une malade dont la première intervention avait été menée par cette voie, nous avons dans les trois autres cas pratiqué des thoraco-phréno-laparotomies. Cette voie nous a paru préférable à la laparotomie isolée trop étroite. Quant à la thoracotomie pure, nous l'avons éliminée pour les raisons développées au chapitre précédent.

3° RESULTATS.

Nous avons déploré un échec total de l'anastomose œso-gastrique (Obs. n° 5) par rétrécissement secondaire de la bouche chez un malade dont les suites opératoires immédiates furent compliquées d'une dilatation aiguë de l'estomac. Nous n'avons d'ailleurs dans ce cas pas observé de signe clinique ou radiologique d'œsophagite par reflux.

Notre malade n° 3 correspond à un résultat très imparfait, surtout d'ailleurs du point de vue radiologique.

Nos malades n^{os} 4 et 6 ont été guéris de leur dysphagie. La malade n° 4 est morte 2 ans après l'intervention d'une affection pulmonaire intercurrente, l'examen nécropsique a démontré la perméabilité de l'anastomose et l'absence de signe anatomique d'œsophagite.

IV. - LES RÉSECTIONS ŒSO-GASTRIQUES

Les résections œso-gastriques visent non plus à court-circuiter, mais à supprimer le segment pathologique et sténosé de l'œsophage. D'autre part, grâce à l'étendue de l'exérèse gastrique ou au type de l'anastomose, ces interventions sont conçues pour prévenir un reflux gastro-œsophagien.

Il existe plusieurs types de résections œso-gastriques dont nous étudierons les principes dans un premier chapitre de technique. Puis dans un deuxième paragraphe nous indiquerons notre position vis-à-vis de leurs indications.

1° TECHNIQUE.

La résection œsophagienne, au cours de ces interventions, ne soulève pas de discussion. Elle doit dépasser la zone pathologique, sectionnant l'œsophage dilaté au-dessus de la sténose.

Les techniques et les principes chirurgicaux diffèrent

par contre en ce qui concerne l'étendue de l'exérèse gastrique et le type de rétablissement de la continuité.

a) Nous ne ferons que mentionner les exérèses gastriques limitées, sans artifice d'anastomose. Elles font courir au malade les risques d'une résection et ne le mettent pas à l'abri d'un reflux gastro-œsophagien; elles ne doivent pas être utilisées.

b) L'opération de WANGENSTEEN est plus intéressante. Il s'agit d'une résection œso-gastrique étendue vers l'estomac, qui d'une part supprime le cardia pathologique et d'autre part, réalise une véritable gastrectomie partielle inversée. Cette intervention qui supprime la zone gastrique de sécrétion acide rend théoriquement le liquide gastrique inoffensif pour la muqueuse œsophagienne. Elle n'est pas destinée à éviter le reflux, mais à prévenir sa complication qu'est l'œsophagite peptique. Il semble pourtant que cette prévention ne soit pas absolue, et qu'en particulier, le reflux dans l'œsophage de bile et de liquide pancréatique, soit, WANGENSTEEN (31) souligne ce point, capable de provoquer de graves complications inflammatoires.

c) Plus récente, plus logique, plus séduisante est la technique de résection suivie d'anastomose œso-gastrique continente du Pr LORTAT-JACOB. Cette technique, décrite par FEKETE (12) réalise, lors du temps de rétablissement de la continuité, un enfouissement de l'œsophage sectionné dans le moignon gastrique. Cet enfouissement constitue un véritable dispositif valvulaire, capable de s'opposer au reflux gastro-œsophagien.

2° INDICATIONS.

Les résections œso-gastriques rallient les suffrages de la majorité des auteurs en ce qui concerne le traitement des échecs de l'opération de Heller, chaque fois qu'une myotomie itérative est contre-indiquée ou irréalisable. Deloyers (5) et Vuillième (28) préconisent l'intervention de Wangensteen. Le Pr Lortat-Jacob, Forster (14), Koskas (19) utilisent l'anastomose continente, et les bons résultats de leurs publications récentes sont effectivement très encourageants.

Nous avons signalé plus haut que nous utilisons encore anastomoses œso-gastriques et cardioplasties. Est-ce à dire que nous refusons de poser l'indication d'une résection pour traiter un échec de myotomie de Heller? Sûrement pas. Mais ce sont là des interventions graves, la statistique de Fekete (12) entre autre, fait état de 7 décès sur 26 anastomoses continentes, et nous pensons ne pas devoir les utiliser d'une manière systématique.

En cas d'échec par œsophagite peptique il s'agit certainement d'une technique logique.

Et de la même façon, nous pratiquerions volontiers ces interventions devant un siphon œsophagien. Nous n'avons jamais eu à intervenir pour traiter l'une ou l'autre de ces affections.

Nous reconnaissons aux résections une autre indication : l'échec d'une cardioplastie ou d'une anastomose œso-gastrique. Nous avons pour une telle indication, réséqué l'œsophage inférieur et le pôle supérieur de l'estomac chez

notre malade n° 5. Nous avons réalisé ensuite une anastomose continente de Lortat-Jacob dans des conditions tout à fait satisfaisantes du point de vue technique. Notre malade est malheureusement mort dans les heures qui suivirent l'intervention d'un arrêt cardiaque irrécupérable.

Reste enfin à résoudre le problème des indications de la résection œso-gastrique pour sclérose œsophagienne compliquant un Heller, sans rapport avec un reflux gastro-œsophagien. Dans ce cas, nous avons déjà défini notre attitude, nous pensons ne devoir pratiquer une telle intervention que si l'état général du malade et son âge ne font pas courir un risque vital excessif.

V. - LES ANASTOMOSES ŒSO-JEJUNALES

Une anastomose œsophagienne expose toujours d'une façon plus ou moins grande selon la technique utilisée, à un reflux de liquide digestif dans le sens antipéristaltique. Ce reflux est grave lorsqu'il s'agit des sécrétions gastriques, corrosives pour la muqueuse œsophagienne. C'est sur ce fait qu'est basée l'anastomose œsophago-jéjunale, capable de rétablir un transit normal sans exposer à l'œsophagite peptique.

1° TECHNIQUE.

Ces anastomoses œso-jéjunales sont utilisées, en matière de traitement du mégaœsophage, selon deux modalités :

a) L'intervention d'Allison comporte une cardiectomie, la fermeture de la tranche gastrique et le rétablissement de la continuité par anastomose œsophago-jéjunale, l'anse intestinale utilisée étant montée en « Y », selon la technique de Roux.

b) On a proposé aussi comme traitement du méga-

œsophage essentiel, l'œsophago-jéjunostomie latéro-latérale, également en « Y », mais laissant en place le cardia.

2° INDICATIONS.

Ces anastomoses œso-jéjunales sont certainement efficaces quant au rétablissement de la liberté du transit œsophagien et à la prévention de l'œsophagite peptique, mais elles comportent deux inconvénients majeurs :

— d'une part, elles exposent à des troubles fonctionnels post-prandiaux sévères, dont est responsable l'inondation rapide et brutale de l'anse intestinale par le bol alimentaire;

— D'autre part, la mise hors circuit de l'estomac réalise un syndrome d'agastrie, avec ses manifestations carentielles. Ce deuxième danger est certainement minimisé par l'anastomose latéro-latérale sans exclusion gastrique. Aguirre (1), en particulier, insiste sur l'absence de complication hématologique de cette intervention. Il rapporte à ce sujet l'hypothèse d'Allison selon laquelle la production du facteur intrinsèque se réalise dans ce cas, grâce à l'excitation produite par la faible quantité de nourriture qui passe par le cardia laissé en place.

Ces arguments étant posés, quelles sont les indications de ces interventions? Michaud (24) a publié un cas d'œsophagite compliquant un Heller, traité avec succès par l'opération d'Allison. Goutallier (15) rapporte dans la statistique du Pr Lortat-Jacob quatre anastomoses œso-

jéjunales dont trois Allison. Il semble cependant leur préférer les résections œso-gastriques avec anastomose continente. Vuillième (31) n'en compte aucune parmi les observations d'échecs de Heller réopérés. Et pour notre part nous n'avons jamais réalisé ce type d'intervention, car nous jugions les risques fonctionnels et métaboliques disproportionnés par rapport au caractère bénin de l'affection à traiter.

Tout récemment, Aguire, Soria et Halabi (1) ont insisté sur les bons résultats des œso-jéjunostomies latéro-latérales. Ils les préconisent en particulier comme traitement des échecs de la myotomie. Leurs arguments et les résultats qu'ils ont obtenus sont séduisants, mais comme Loygue, nous pensons que les indications de cette intervention doivent rester exceptionnelles.

CONCLUSIONS

1° - L'opération de HELLER, actuellement reconnue comme le traitement de choix du méga-œsophage essentiel n'en est pas moins grevée d'un pourcentage d'échecs non négligeable.

2° - Ces échecs sont souvent suffisamment graves pour justifier une réintervention.

3° - L'analyse des causes de ces échecs montre que plusieurs facteurs peuvent être invoqués : l'insuffisance de la myotomie, la sclérose œsophagienne post-opératoire, l'œsophagite peptique et la dilatation en siphon de l'œsophage.

4° - La réintervention doit être logiquement choisie en fonction de la pathogénie reconnue tant par les investigations pré-opératoires que par l'exploration per-opératoire.

5° - Nous croyons que, hormis le cas de récidive par œsophagite peptique qui peut être la rançon d'un HELLER parfaitement exécuté, l'échec du HELLER est imputable,

dans la quasi totalité des observations, soit à un incident tel qu'une petite blessure muqueuse ou un hématome péri-œsophagien, soit à une imperfection de la myotomie, en profondeur ou en hauteur.

En définitive, on peut dire que le HELLER est une intervention excellente, mais plus facile à décrire qu'à exécuter parfaitement, et qu'à notre avis la myotomie ne doit pas résumer l'intervention mais doit avoir pour complément indispensable une réfection soigneuse de l'angle de HIS.

VU : *Le Président :*
M. GRIMOUD.

VU : *Le Doyen,*
G. LAZORTHES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Toulouse, le 7 septembre 1964.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,

A. LOYEN.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aguirre, Soria, Halabi. — L'œsophago-jéjunostomie latéro-latérale avec anse en « Y » de Roux pour le traitement du mégaœsophage. *Mém. Ac. Chir.*, 1964, *90*, 19-20, 569/573.

2. Alivisatos. — Deux cas suivis d'œsophago-gastrostomie pour mégaœsophage. *Mém. Ac Chir.*, 1953, *79*, 297/300.

3. Allaines (F. d'), Lortat-Jacob. — Traitement chirurgical du mégaœsophage (Echecs de l'opération de Heller). *Mém. Ac. Chir.*, 1949, *75*, 19-20, 511/523.

4. Delannoy (E.), Soots (G.). — Le traitement des récidives après opération de Heller pour mégaœsophage. *Ann. Chir.*, 1958, *12*, 13-14, 733/737.

5. Deloyers (L.). — Comment traiter chirurgicalement les échecs de l'opération de Heller pour cardiospasme. Proposition et discussion d'une technique. *Acta Gastro-entérol. Belg.*, 1950, *13*, 9-10, 949/960.

6. Deloyers (L.), Loygue (J.). — Résultats éloignés du traitement du mégaœsophage. *58e Congrès de l'Association Française de Chirurgie*, 1956.

7. Deloyers (L.), Loygue (J.). — Résultats éloignés du traitement du mégaœsophage. *J. Chir.*, 1956, *72*, 10, 717/725.

8. Dor (J.), Guerinel (G.). — Le mégaœsophage idiopathique en pratique médicale. Considération pathogéniques, diagnostiques et thérapeutiques. *Rev. Prat.* 1960, *10*, 10, 1057/1075.

9. Dor et coll. — L'intérêt de la technique de Nissen modifiée dans la prévention du reflux après cardio-myotomie extra-muqueuse de Heller. *Mém. Ac. Chir.*, 1962, *88*, 30-31, 877/884.

10. Dubourg et coll. — Œsophagite peptique après opération de Heller. *Ann. Chir.*, 1962, *16*, 23-24, 1649/1651.

11. Dufranc-Barthe. — Contribution à la technique de l'opération de Heller dans le mégaœsophage essentiel. *Thèse, Toulouse*, 1955.

12. Fekete (F.). — La gastrectomie polaire supérieure avec anastomose continente. *J. Chir.*, 1961, *81*, 2, 223/246.

13. Flavel. — L'œsophage. *Butterworths*, Londres, 1963.

14. Forster et coll. — Deux observations d'anastomoses continentes œsogastriques pour mégaœsophage. *Mém. Ac. Chir.*, 1963, *89*, 5-6, 166/169.

15. Goutallier (Ph.). — Contribution à l'étude du cardiospasme. (A propos d'une statistique de 205 cas opérés). *Thèse, Paris*, 1963.

16. Grimoud (M.). — Efficacité de l'opération de Heller dans le mégaœsophage essentiel. *Entretiens de Bichat*, 1953.

17. Grimoud (M.), Dieulafé (J.-J.), Escat (J.). — Note sur la technique et les résultats de l'opération de Heller dans le mégaœsophage essentiel. *Le Sud Médical et Chirurgical*, 1958, *91*, 2437, 7353/7356.

18. Henry (C.). — Opération de Heller itérative. *Acta Chir. Belg.*, 1959, suppl. II, 69/72.

19. Koskas et coll. — Résection œso-gastrique suivie d'anastomose continente pour mégaœsophage après échec d'un Heller. *Mém. Ac Chir.*, 1963, *89*, 5-6, 159/162.

20. Latreille (R.). — Résultats de l'opération de Heller dans le traitement du mégaœsophage. *Thèse, Lyon*, 1954.

21. Lortat-Jacob (J.-L.). — Inconvénients de l'œsophago-gastrostomie dans les échecs de l'opération de Heller. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1950, *39*, 4, 524/527.

22. Loygue et Vuillième. — Opération de Heller itérative. *Mém. Ac. Chir.*, 1963, *89*, 24-25, 681/684.

23. Michaud (P.), Saubier (E.), Latreille (R.). — Une complication rare de l'opération de Heller : l'œsophagite peptique par reflux. Difficultés de son traitement chirurgical, mesures prophylactiques. *Lyon Chir.*, 1956, *51*, 3, 335/338.

24. Michaud (P.). — L'œsophagite par reflux, complication rare de l'opération de Heller. Un cas traité par exclusion gastrique supérieure et anastomose œso-jéjunale en Y. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1955, *44*, 9-10, 1069/1073.

25. Perrotin. — Sur la myotomie de Heller itérative. *Mém. Ac. Chir.*, 1963, *89*, 26-27, 739.

26. Perrotin (J.), Dupoux (P.). — La voie thoracique dans le traitement du cardiospasme. *Ann. Chir.*, 1963, *17*, 11-12, 655/657.

27. Redon (H.) et coll. — Deux échecs de l'opération de Heller traités avec succès par la cardioplastie. *Mém. Ac. Chir.*, 1949, *75*, 19-20, 504/508.

28. Rudler (J.-C.), Boutin (P.). — Sur 31 interventions pour mégaœsophage. *Rev. Chir.*, 1955, *74*, 1-2, 37/54.

29. Santy, Michaud, Latreille. — Le traitement du mégacesophage par l'opération de Heller. Résultats de 168 interventions. *Lyon Chir.*, 1956, *51*, 5, 513/522.

30. Vuillième (A.). — A propos des échecs du traitement chirurgical du mégacesophage. *Thèse, Paris*, 1962.

31. Wangensteen (O.-H.). — Technique d'achèvement d'une myotomie extra-muqueuse adéquate dans le mégacesophage. S. G. O., 1957, *105*, 3, 339/347.

Publicité SIRVEN
Imprimeur
23, allée Marengo
TOULOUSE